

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 111.

Comment faut-il réaliser
l'exclusion
DU PYLORE ET DU DUODÉNUM ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 juin 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred MOLIMARD

Né à Serres (Hautes-Alpes), le 29 octobre 1888.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1912

Comment faut-il réaliser
l'exclusion

DU PYLORE ET DU DUODÉNUM ?



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 111.

Comment faut-il réaliser
l'exclusion
DU PYLORE ET DU DUODÉNUM ?

— — — — —
THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 juin 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred MOLIMARD

Né à Serres (Hautes-Alpes), le 29 octobre 1888.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

—
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.). ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	{ PONCET.
	JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LEPINE (Jean).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.).
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOYE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	CADE.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	MOURIQUAND.
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	GUILLEMARD.
PATEL.	LATARJET.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. A. POLLOSSON, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. LERICHE et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A Monsieur le Professeur AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre jury.

A Monsieur le Docteur RENÉ LERICHE .

Professeur agrégé à la Faculté

Qui nous a fourni les principaux
éléments de travail et ne nous a pas
ménagé ses conseils éclairés.

La question que nous voulons examiner dans notre thèse est la suivante : Etant donnée la nécessité de faire une exclusion pylorique ou duodénale, comment faut-il la pratiquer ? Faut-il recourir à la méthode très simple préconisée récemment par Parlavecchio, ou bien pratiquer l'exclusion suivant la méthode de Doyen, par section transversale du pylore. On sait que la méthode de Parlavecchio consiste à passer un simple fil circulaire autour de l'estomac et à lier en masse solidement. Etant donnée l'extrême simplicité de ce procédé, il est très important d'être fixé sur ce point, aujourd'hui où l'exclusion pyloro-duodénale paraît entrer de plus en plus dans la pratique chirurgicale courante.

Nous examinerons donc successivement les points suivants :

- 1° L'utilité de l'exclusion et ses indications;
 - 2° Les différentes manières de la réaliser;
 - 3° Les avantages comparés de l'un et de l'autre procédé, pour savoir celui qu'il faut choisir.
-

CHAPITRE PREMIER

AVANTAGES DE L'EXCLUSION

L'exclusion du pylore ou du duodénum a été imaginée de toutes pièces par Doyen, en 1892. On attribue d'habitude à von Eiselsberg le mérite de l'avoir trouvée. Comme l'ont montré M. Leriche et Bressot (1), par le rapprochement des dates, il est incontestable que Doyen l'a imaginée et exécutée le premier, et, tout récemment, au dernier Congrès de chirurgie allemand (avril 1912), von Eiselsberg lui-même a rectifié l'erreur en déclarant formellement que la priorité revenait à Doyen (2).

Dans son livre, en effet, en 1893, Doyen en rapportait 5 observations. En 1895 seulement, von Eiselsberg fit ses premières opérations; il fut bientôt suivi par Codivilla qui, en 1898, fit une des premières exclusions pour un ulcère non sténosant du duodénum. En 1897, la thèse de Chauvel présenta une étude d'ensemble de l'exclusion sans apporter de cas nouveaux et, pendant plusieurs années, on ne parla plus de l'exclusion.

En 1904, W. Mayo expose, dans les *Annals of Sur-*

(1) LERICHE et BRESSOT. — L'exclusion du pylore et l'exclusion du duodénum. *Lyon chirurgical*, octobre 1911, p. 413.

(2) *La Presse médicale*, 11 mai 1912. Compte rendu du 41^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, p. 419.

gery, son procédé de blocage du pylore. Cette manœuvre consiste à faufiler sous la musculaire quelques fils transversaux que l'on noue séparément et à terminer par une gastro-entérostomie. Les frères Mayo, ainsi que Moynihan, pratiquaient depuis 1900 cette opération, qui diffère peu de la plicature transversale décrite par Doyen dix ans auparavant.

En 1904, également, Quénu recommanda l'exclusion pour les ulcères avec hémorragies graves, après avoir constaté les insuccès de la gastro-entérostomie.

L'année suivante, von Eiselsberg exposa les résultats excellents obtenus dans 5 cas.

En 1907 et 1908, au Congrès de chirurgie, Jonnesco se fit le défenseur de l'exclusion pratiquée contre l'ulcère gastrique. Les résultats obtenus dans 9 cas d'ulcères graves ont été excellents. Ses malades, qui présentaient des troubles sérieux furent définitivement guéris, à l'exception d'un seul, qui présentait des hémorragies à répétitions et succomba. La même année, Delagénère et son élève Royer rapportèrent 3 cas d'ulcères du duodénum définitivement guéris par l'exclusion.

Mais ce fut surtout Amza Jianu, élève de Jonnesco, qui, dans sa thèse sur le traitement de l'ulcère de l'estomac, apporta le plus beau plaidoyer en faveur de l'exclusion. Il expose la technique opératoire et la statistique si démonstrative de Jonnesco. Ce chirurgien reprit la question au Congrès de 1910. L'exclusion était alors assez critiquée; seul, il vint la défendre; il l'a pratiquée 28 fois, et tous ses malades ont guéri. On serait donc tenté de croire que Parlavecchio ignorait ces travaux lorsque, en 1910, il imagina son nouveau procédé d'exclusion par

ligature du pylore, que Randisi exposa dans la *Clinica Chirurgica*, décembre 1910, reprochant à la méthode classique sa longueur et sa gravité. C'est l'étude comparée de ces deux procédés qui fera l'objet de notre thèse.

Il nous faut citer encore un très remarquable article de Vautrin, paru dans les *Archives générales de chirurgie* en 1910 également. Cette même année, le Congrès de chirurgie s'occupa de l'ulcère duodénal, mais chose singulière, la valeur de l'exclusion y fut comme oubliée.

Enfin, dans un article récent, auquel nous avons fait de nombreux emprunts, MM. Leriche et Bressot ont fait un brillant exposé des avantages de l'exclusion du pylore et citent 50 observations d'exclusion du pylore pour ulcères, sans une mort. Depuis ce travail, M. Leriche eut l'occasion de pratiquer trois fois cette opération, dans le service de M. Poncet.

Tout récemment, au XLI^e Congrès de chirurgie allemande, un certain nombre d'orateurs sont venus prendre parti pour l'exclusion. Katzenstein, parlant de la gastro-entérostomie dans l'ulcère, a déclaré que, pour avoir un résultat thérapeutique durable, il fallait y joindre l'exclusion, ainsi qu'il l'a fait dans 46 cas avec un succès parfait. Willms a dit également avoir exclu le duodénum à l'aide d'un fil.

Si l'on joint les opinions concordantes à celles que nous avons citées plus haut, on arrivera fatalement à cette conviction que l'exclusion est en voie de s'imposer dans la thérapeutique des ulcères de la région pyloro-duodénale.

On peut en donner plusieurs motifs.

I. *Tout d'abord, c'est que la gastro-entérostomie est*

habituellement insuffisante dans l'ulcère en évolution. Ce qui a fait son succès, c'est qu'elle a donné des résultats merveilleux dans les ulcères sténosants, et, d'autre part, que sa mortalité opératoire est pratiquement nulle. C'est surtout sa simplicité, sa bénignité qui, la mettant à la portée de tous les chirurgiens, ont fait étendre beaucoup ses indications; mais il ne faut oublier que si elle est cause de succès opératoires faciles, elle expose à de nombreux échecs thérapeutiques. Quand on soumet à une critique minutieuse les observations d'ulcères traités par l'anastomose simple, on voit qu'il y a énormément de récurrences et de résultats médiocres. Il y a : 1° un très grand nombre d'opérés, 70 p. 100 environ, qui, après quelques semaines d'état parfait, voient réapparaître des douleurs, des troubles digestifs, de la stase, qui présentent ce que Parmentier et Denéchau ont appelé le syndrome dyspeptique secondaire à la gastro-entérostomie.

Or, quand on sait lire entre les lignes, on voit très bien que ce syndrome dyspeptique n'est qu'un nouveau nom donné à l'ulcère, lequel continue d'évoluer à peine troublé dans sa symptomatologie. Les statistiques contemporaines sont pleines de cas de ce genre.

En veut-on une nouvelle preuve; Petren (1) vient de publier un très important mémoire sur les résultats du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal non perforé. Son travail est basé sur l'étude très détaillée de 283 observations d'ulcères opérés à Lund ou dans d'autres hôpitaux du sud de la Suède. Qu'y voit-on au point de vue des résultats éloignés ?

(1) PETREN. — *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, novembre 1911.

Petren a pu avoir des renseignements sur 243 malades opérés depuis plus d'un an. Il les divise en trois catégories :

a) Les malades qui, après l'opération, se sont toujours très bien portés : il en trouve 127, soit 52 p. 100.

b) Les malades qui, après l'opération, ont eu encore des troubles gastriques, mais supportables. Il en trouve 51, soit 21 p. 100;

c) Les malades qui ont conservé des troubles sérieux. Il en trouve 65, soit 27 p. 100.

Bref, 48 p. 100, des malades ne sont pas guéris.

Pour tous ces malades, des opérations diverses avaient été pratiquées, tantôt des excisions, tantôt des pylorectomies, tantôt des gastro-entérostomies. Or, sur les 203 gastro-entérostomisés, il n'y en eut que 106 de guéris. *Les 97 autres gardèrent des troubles plus ou moins graves.* Ces troubles sont très explicables, puisque l'ulcère n'est pas cicatrisé; de plus, un certain nombre de gastro-entérostomisés font ultérieurement des ulcères peptiques du jéjunum, d'autres présentent de nouvelles hématomés, et plusieurs auteurs, dans ces dernières années, ont cité des exemples de mort par hémorragie dans les semaines ou dans les mois qui ont suivi une gastro-entérostomie.

Ceci n'a rien de surprenant, on ne saurait trop le répéter aujourd'hui : *la gastro-entérostomie ne met nullement un ulcère au repos, elle n'agit que dans des cas où il y a une sténose pylorique concomitante; son rôle est purement mécanique et il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.*

II. *Le second motif est que l'exclusion est une opération bénigne*, malgré les reproches anciens de Czerny, ceux plus récents de Parlavecchio. Elle est évidemment plus compliquée qu'une simple gastro-entéro-anastomose, mais pour quelqu'un qui a l'habitude de la chirurgie gastro-intestinale, elle ne peut pas passer pour une opération grave. On comprend mal qu'un chirurgien qui fera sans arrière-pensé une exclusion de l'intestin pour une tuberculose ou un cancer du cæcum n'ose pas entreprendre une exclusion du pylore pour un ulcère.

Il est certain qu'il y a des malades qui sont dans un état si grave, qu'on doit leur faire l'opération la plus minime, mais ce n'est pas le cas habituellement des ulcéreux que l'on opère. En effet, les malades qui sont dans un état très grave sont ou bien des sténosés du pylore et, pour eux, la gastro-entérostomie suffit, ou bien des ulcéreux qui saignent et pour ceux-là le traitement chirurgical dans la phase aiguë ne doit pas se poser, si bien qu'en définitive il est bien exceptionnel qu'un ulcéreux soit tellement affaibli qu'il ne puisse supporter une intervention d'une demi-heure ou trois quarts d'heure. Au reste, s'il y a des contre-indications, elles ne peuvent être qu'exceptionnelles; c'est affaire au sens chirurgical de chacun de proportionner la gravité de l'intervention aux forces du malade : toute la chirurgie demande un certain doigté qui n'a rien de particulier en chirurgie gastrique, et à la chirurgie de l'ulcère notamment.

En pratique, *l'exclusion n'a jusqu'ici qu'une mortalité insignifiante*. Dans l'article de MM. Leriche et Bressot, se trouvent signalées 50 observations sans un décès. A la fin de ce travail, M. Leriche a bien ajouté une note

pour dire très simplement qu'il avait perdu récemment un opéré d'hématémèse. Il s'agissait là d'une hémorragie tenant à la suture qui aurait certainement cédé à des lavages d'estomac et dont la mort ne peut être imputée à charge à la méthode que nous défendons. Au reste, il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'un ulcère de l'estomac, mais d'une ptose gastrique.

Depuis ce dernier travail, un assez grand nombre d'observations d'exclusion ont été rapportées. On en trouverait certainement actuellement plus d'une centaine; nous ne connaissons pas le détail des statistiques, puisqu'il n'a pas toujours été indiqué, mais la mortalité paraît insignifiante.

III. Enfin, l'exclusion, dans les cas où cela a été pratiqué, a généralement donné des résultats éloignés favorables. Von Eiselsberg, Jonnesco, Vautrin et Bier, Katzenstein s'en louent beaucoup, comme leurs statistiques sont assez importantes, leur opinion a une grande valeur. Ces excellents résultats de l'exclusion s'expliquent du reste aisément. Comme le montre Amza Jianu, l'exclusion amène rapidement une *modification de l'acidité gastrique*, le chlore organique et minéral diminue rapidement, à peu près de moitié.

Chez la plupart des malades de Jonnesco, on a fait le chimisme avant et après l'exclusion, et Jianu a noté d'une façon à peu près constante la diminution de l'hypersecrétion et de l'hyperchlorhydrie. Dans une de ses observations, Jianu donne les résultats suivants de l'examen du suc gastrique à douze jours d'intervalle :

	Avant l'opération	Après l'opération
Acidité totale.....	2,80	1,45
Acide chlorydrique libre ...	1,26	0,21
Chlore combiné organique..	2,60	1,10
Chlorhydrie.....	3,86	1,31
Chlore total	4,10	2,91
Chlore minéral fixe.....	0,24	1,60

Ces chiffres, que nous empruntons à l'article de MM. Leriche et Bressot, dénotent une modification manifeste de la sécrétion gastrique.

Au point de vue moteur, l'exclusion accélère l'évacuation de l'estomac.

Normalement, le chyme acidifié à point est poussé par les contractions gastriques à travers le pylore inhibé, jusque dans le duodénum où son acidité provoque, par voie réflexe, la contraction pylorique. Sous l'action du suc pancréatique et de la bile, l'acidité est neutralisée, le pylore s'ouvre et le contenu de l'estomac est évacué complètement par gorgées successives.

Quand il existe un ulcère de la zone pyloro-duodénale, le mécanisme est troublé, « tantôt d'abord parce que le sphincter a un jeu paresseux du fait de l'infiltration péri-ulcéreuse, ensuite parce que le pylore peut se contracturer par voie réflexe comme le fait le sphincter anal quand il existe une fissure au voisinage, enfin parce que le chyme trop acide entré dans le duodénum provoque une crampe pylorique durable. » (Leriche.) La gastro-entérostomie supprime pour un certain temps ces phénomènes, mais bientôt le pylore redevient libre, l'anastomose s'oblitére et les troubles réapparaissent le plus souvent.

Après l'exclusion du pylore, il n'en est plus ainsi. *L'examen radioscopique montre que l'évacuation gastri-*

que est accélérée. C'est ce qu'ont vu Amza Jianu sur les malades de Jonnesco, et M. Leriche sur ses opérés. « Après ingestion de bouillie bismuthée, l'estomac apparaît sur l'écran tout entier à gauche de la colonne, sous l'aspect d'un sac allongé, avec, quelquefois un petit jabot inférieur; en quelques minutes, on voit des bouchées de bismuth passer dans l'intestin, et, au bout d'un quart d'heure, il y en a déjà à une certaine distance de l'estomac. »

D'autre part, après l'exclusion du pylore, l'ulcère n'est plus irrité par le suc hyperacide et ne tarde pas à se cicatriser. En effet, comme l'ont montré Amza Jianu et Grossmann, la muqueuse exclue présente une disparition presque complète des cellules principales, de sorte que la sécrétion diminue et finit même par cesser complètement.

La pratique le prouve : Bush vient de publier (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, décembre 1911) un très important mémoire sur le traitement des ulcères de l'estomac à la clinique de Hofmeister. Hofmeister, depuis longtemps, est un partisan convaincu de la résection gastrique opposée à la gastro-entérostomie systématique dans le traitement de l'ulcère et sa statistique comporte 90 cas. Ces 90 cas, Bush les étudie en les classant de façon fort heureuse en *ulcères en évolution* et ulcères cicatrisés. Seule, la première catégorie nous intéresse. Dans cette catégorie, nous trouvons :

a) 20 ulcères simples, dont 4 furent traités par l'exclusion. Les 4 restèrent guéris alors que plusieurs des gastro-entérostomies récidivèrent;

b) 39 ulcères calleux : 6 furent traités par l'exclusion, tous les 6 guérirent de façon durable;

c) 8 ulcères duodénaux : 4 exclus restèrent guéris.

Ces chiffres nous paraissent éloquents.

En somme, l'exclusion du pylore met la zone exclue au repos, en diminue le pouvoir sécréteur, transforme le chimisme de l'estomac et favorise l'évacuation gastrique.

CHAPITRE II

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

On peut réaliser l'exclusion de plusieurs façons. On peut rétrécir la zone pyloro-duodénale, comme l'avait imaginé Doyen et comme Mayo l'a défendu, en appelant ce procédé le blocage du pylore. Ce n'est qu'une demi-mesure et il nous semble difficile que cette barrière devienne un obstacle définitif au passage pylorique. Ce n'est qu'une parodie de l'exclusion et, comme l'a dit Vautrin, la chirurgie gastrique, si précise et si bien ordonnée, ne doit pas s'en contenter.

On peut encore, avec Girard (1), faire une plicature biloculant l'estomac. Ce procédé est justiciable du même reproche que le blocage de Mayo.

Il n'y a en réalité que deux méthodes que l'on doive discuter : ce sont l'exclusion réalisée par section du pylore, ce que nous appellerons la vraie méthode chirurgicale, et la méthode de ligature de Parlavecchio. Ce sont ces deux méthodes que nous voulons étudier comparativement, ayant à notre disposition des faits qui nous permettent de conclure.

A. MÉTHODE CLASSIQUE. — La méthode classique est

(1) GIRARD, — Congrès de chirurgie allemand.

celle employée par la plupart des chirurgiens contemporains, celle que Jonnesco a décrite avec précision et que Vautrin, Delagénère, Quénu, Jianu et Leriche ont utilisée; elle diffère bien peu du procédé de Chauvel, qui, parfait sur le cadavre, peut paraître un peu long sur le vivant.

Voici quel est le procédé adopté par ces chirurgiens :

1° Effondrement des ligaments gastro-colique et gastro-hépatique au niveau des points où doit porter la section gastrique.

2° Section, entre deux ligatures, de la coronaire, près de la gastro-épiploïque.

3° Section de l'estomac, entre deux pinces de Doyen, sur une compresse faisant litière dans l'arrière-cavité des épiploons.

4° Fermeture des deux moignons à deux ou trois plans. Deux plans suffisent avec le catgut 0. Si on a le temps, on peut faire un premier plan muco-muqueux supplémentaire. On peut terminer ce temps par la suture des épiploons entre eux, comme le recommandait Chauvel.

5° Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Certains auteurs, tels que Hofmeister, opèrent différemment; après avoir fermé complètement le bout duodénal, ils implantent le tiers inférieur du bout cardiaque partiellement refermé dans le jéjunum attiré à travers le mésocôlon. C'est, au fond, l'ancien procédé de Mikulicz dans la gastrectomie. La technique plus haut indiquée paraît plus simple.

A l'exclusion ainsi réalisée, Czerny autrefois (Congrès de Moscou, 1897), Parlavecchio et Randisi aujourd'hui,

reprochent d'être longue et difficile. C'est également l'objection faite à M. Leriche quand il a présenté son malade à la Société des sciences médicales de Lyon. Il est certain que le procédé exige quelques minutes de plus que la simple gastro-entérostomie; mais il est possible de raccourcir considérablement l'opération en prenant les deux précautions suivantes :

1° Faire porter la section en plein sphincter pylorique : les tranches de section sont très minimes et seront rapidement fermées par trois ou quatre points de sutures musculo-muqueux. Deux rapides surjets séro-séreux suffiront à enfouir la première suture et l'exclusion proprement dite ne demandera pas dix minutes;

2° D'autre part, faire l'anastomose à l'aide du bouton de Jaboulay; on peut ainsi raccourcir de beaucoup la durée de l'opération. Dans le cas rapporté par M. Leriche, la durée de l'intervention fut de vingt-cinq minutes, le temps d'une gastro-entérostomie simple à la suture.

On ne peut donc objecter à l'exclusion la longueur et la gravité de l'opération.

B. MÉTHODE DE PARLAVECCHIO. — Voyons pourtant ce que propose Parlavecchio. Il est certain que si son procédé assure le même résultat avec une méthode plus simple, il doit être préféré.

En est-il ainsi ? C'est ce que nous allons voir.

Parlavecchio exposé en 1910 le procédé suivant qui a été récemment étudié à nouveau au point de vue théorique et expérimental par Randisi dans la *Clinica Chirurgica*. C'est d'après ce travail que nous allons l'exposer.

Le but que se propose la méthode du professeur Parlavecchio est de joindre, sans aggraver l'opération aux avantages de la gastro-entérostomie, ceux que nous procurent l'exclusion du pylore. Etant donné le but de l'exclusion, la suppression de tout contact de la partie malade avec le contenu gastrique, Parlavecchio a pensé que ce résultat pouvait être atteint par un moyen plus simple et beaucoup moins nuisible que celui d'Eiselsberg, par la biloculation obtenue au moyen d'un lacet passé autour de l'estomac, immédiatement à gauche du point malade. On obtiendrait ainsi le même résultat par une opération plus simple n'offrant pas plus de danger qu'une gastro-entérostomie.

En effet, passer le lien autour de l'estomac, faire le nœud, le serrer, ne demandent pas plus de deux minutes. Reprenant les expériences entreprises par le professeur Parlavecchio, Randisi a obtenu des résultats qui confirment, dit-il, l'efficacité de cette opération. Avant de les exposer, il trace les points les plus saillants de la technique adoptée et expose les nombreuses expériences exécutées, tout en laissant de côté celles qui, ou par défaut de technique, ou pour d'autres raisons, n'ont pas donné de bons résultats, et se limite seulement à celles qui ont donné des résultats positifs. Nous allons voir ces différents points, d'après son mémoire de la *Clinica chirurgica*.

I. *Technique*. — Après avoir fait l'incision médiane de l'abdomen, de l'apophyse xyphoïde à la cicatrice ombilicale, on ouvre la séreuse pariétale et on va reconnaître l'estomac. Après avoir mis bien en évidence la grande et la petite courbure de l'estomac, surtout vers la région

pylorique, on fait une petite ouverture dans l'épiploon gastro-colique entre les deux vaisseaux longitudinaux, à 1 centimètre de la grande courbure, et à 5 centimètres environ du pylore. A travers cette ouverture épiploïque, on introduit un petit clamp courbe portant le fil constricteur dans l'arrière-cavité des épiploons, et on fait avancer l'extrémité de cet instrument dans le ligament gastro-hépatique, à 1 centimètre de la petite courbure, et à 4 centimètres du pylore. Avec la pointe du clamp on ouvre, tout en épargnant les vaisseaux épiploïques, le ligament sus-indiqué, et de cette ouverture, on fait émerger la pointe, pendant qu'une pince prend et retire le fil constricteur. On retire le clamp conducteur et on serre le fil circulairement sur l'estomac, en serrant le nœud perpendiculairement à l'axe principal, jusqu'à ce qu'on sente la résistance pleine des tuniques gastriques, mais sans produire de lésions. On rétablit le circuit intestinal par la gastro-entérostomie. Pour cette opération, on emploie deux méthodes : celle de Roux, en Y, et celle à anse appliquée à la paroi postérieure de l'estomac. L'ouverture des tuniques gastro-intestinales est pratiquée sur une longueur d'environ 6 centimètres.

II. --- *Recherches expérimentales.*

EXPÉRIENCE I. — Un chien robuste, à robe noire, pesant 15 kilos est chloroformé. Laparotomie médiane. On se sert comme lien constricteur d'un petit lacet de coton large de 5 millimètres, minutieusement stérilisé, placé à un peu moins de deux doigts au-dessus du pylore. Gastro-entérostomie rétrocolique et isopéristaltique, suivant les procédés de von Hacker.

Suites post-opératoires normales. On tient pendant trois

jours l'animal à la diète lactée, ensuite on le met à l'alimentation commune (bouillons, pâtes, pain, etc.).

Résultat de l'autopsie. — *L'animal est sacrifié quarante jours après l'opération.* On enlève l'estomac avec la première portion de l'intestin jusqu'au point anastomotique. Un sillon circulaire de 4 centimètres environ du pylore divise l'estomac en deux parties inégales : la plus grande en rapport avec le cardia, la plus petite avec le pylore et cette dépression correspond au point d'application du petit lien, lequel se présente couvert d'exsudats et de replis épiploïques adhérents. Après avoir observé la paroi postérieure de l'estomac, on remarque sur la partie médiane de la grande courbure l'adhérence d'une anse intestinale correspondant à la gastro-entérostomie; et après avoir ouvert la cavité gastrique dans sa portion cardiaque on voit que la muqueuse est d'aspect différent en plusieurs points. On voit ainsi un *remarquable relief et une hypertrophie des plis muqueux* tout autour du nouvel orifice de communication avec l'intestin. Par contre, dans le fond de l'estomac, la surface de la muqueuse est moins relevée. A proximité de la sténose artificielle, la muqueuse de la paroi intérieure se présente aplatie et toute la paroi même est comme ratatinée; la muqueuse de la paroi postérieure conserve par contre son aspect rugueux caractéristique. *A l'épreuve de l'eau, on constate que le point sténosé est imperméable.* Après avoir ouvert la portion pylorique, on remarque qu'elle est très réduite de volume; la muqueuse est tout à fait plate avec quelques rares reliefs et les tuniques musculaires sont remarquablement réduites d'épaisseur par rapport à celles de la portion cardiaque. En sectionnant le point sténosé, on voit que la lumière viscérale est complètement obturée par l'agglomération de la surface de la muqueuse repliée sur elle-même, dont les hauts plis se soulèvent vers la cavité.

La musculaire se montre par contre amincie; le lien est immédiatement sous la séreuse.

En observant avec plus d'attention comment se comporte la musculaire et la muqueuse dans le point sténosé, on peut remarquer aisément que pendant que la tunique musculaire se présente à surface lisse et parfaitement adaptée au nœud fait par la petite tresse, la muqueuse, par contre, n'a rien perdu en apparence de son élasticité et qu'elle est soulevée en plis nombreux en s'adaptant au peu d'espace qui lui est réservé. On peut penser que la musculaire s'adapte aux nouvelles dimensions par sa contractilité, mais surtout parce qu'elle ressent plus vite l'action atrophique du lien constricteur. Il importe enfin de noter que dans le point sténosé, sauf les adhérences épiploïques et les exsudats qui recouvrent la petite tresse, n'existe auparavant aucune trace de tissu cicatriciel.

Examen microscopique. — On fait une section longitudinale intéressant le point serré et une petite portion inférieure et supérieure de celui-ci. A l'ouverture, on remarque que la cavité est rétrécie, constituant ainsi une vraie cavité virtuelle. Le lien reste invisible à l'extérieur et seulement après avoir pratiqué une section, on voit *qu'il est enchâssé dans l'épaisseur des parois gastriques*. Pour l'examen microscopique, des petits fragments intéressés par la section après l'extraction du lien ont été minutieusement lavés et fixés 24 heures dans l'alcool à 95°, 6 heures dans l'alcool absolu (changé deux fois), 6 heures en alcool absolu et xylol parties égales, 3 heures en xylol (changé deux fois), 6 heures en xylol saturé et paraffiné dure (fusion à 60°). Etuve à 37°, paraffine molle (45°) pendant 6 heures, demi-heure en paraffine à 55°, inclusion.

Les coupes ont été colorées à l'hématéine éosine. Avec des préparations ainsi faites on remarque ce qui suit : la muqueuse située au-dessus et au-dessous du point d'attache ne présente rien de remarquable. Dans la sous-muqueuse on remarque quelques infiltrations des cellules rondes ; la musculaire ne présente que de rares lymphocytes infiltrés parmi les éléments cellulaires, surtout à l'approche du trait

sténosé. La muqueuse qui correspond au lien se présente atrophiée et on ne remarque que quelques tubes glandulaires dans lesquels les cellules se montrent très altérées. On ne remarque aucun contour cellulaire, le protoplasme ne présente aucune structure caractéristique, les granulations sont plus petites, hyperchromatiques, jusqu'à être dans quelques cas picnotiques. Vraiment ici, en présence de ces altérations on dirait que la sous-muqueuse soulève comme le doigt d'un gant la muqueuse même. Les tuniques musculaires à son niveau sont atrophiées et à la place des éléments musculaires se trouvent des faisceaux de fibres élastiques. Au-dessous de cette zone on remarque dans les préparations un trou qui représente l'espace occupé par le lacet. Ses parois sont constituées d'éléments d'aspect épithélioïde, de lymphocytes et de fibroblastes. Cette zone qui correspond à la tunique séreuse se continue sans délimitation aucune avec l'épiploon, lequel se présente infiltré des mêmes éléments que nous avons détaillés ci-dessus.

EXPÉRIENCE II. — Chien de grosse taille, à robe claire, pesant 14 kilos. Chloroformisation, laparotomie médiane. On se sert comme lacet constricteur de la soie-ruban, gastro-entérostomie à anse postérieure. Suites post-opératoire normales.

Résultat de l'autopsie. — *L'animal est sacrifié trente jours après l'opération.* On voit que l'estomac est divisé en deux parties inégales. Au point d'application du lacet, lequel est couvert d'adhérences épiploïques, rien d'anormal dans la paroi antérieure; sur la paroi postérieure on remarque adhérente l'anse intestinale. Après avoir ouvert la cavité gastrique dans la portion cardiaque on remarque que la muqueuse est plus riche en plis autour de l'orifice gastro-intestinal; la paroi gastrique intérieure se montre ratatinée, la muqueuse aplatie au voisinage du point sténosé. Dans la même région, la paroi postérieure a conservé ses caractères normaux, le point sténosé se montre perméable avec une lumière du diamètre d'une plume d'oie. *Après*

avoir ouvert la portion pylorique, on trouve des traces d'aliments et on ne voit pas de variations d'épaisseur et de tonicité dans les tuniques musculaires, pendant que la muqueuse se présente remarquablement ondulée et hypertrophiée. En observant bien le siège du lacet on remarque qu'il a déchiré la séreuse et la couche extérieure de la musculaire et vient presque se placer près dans la sous-muqueuse.

Dans la section transversale des parois gastriques au point sténosé, on remarque que la petite tresse est placée à l'endroit désigné ci-dessus, et qu'à l'extérieur de la petite tresse, les tuniques musculaires adhèrent aux tissus de la cicatrice. La muqueuse à son niveau ne présente rien de remarquable et conserve apparemment ses caractères normaux.

EXPÉRIENCE III. — Chien de grosse taille, à robe sombre, poids 15 kilos et demi. Chloronarcose, laparotomie médiane, gastro-entérostomie à anse postérieure. On use comme lien constricteur de la soie commune. Suites post-opératoires normales.

Examen microscopique. — Après avoir sacrifié l'animal 35 jours après l'opération, on remarque à la simple inspection que le sac gastrique est peu déformé, et que la *dépression déterminée par le lien est très peu évidente*. Le siège du lien est entièrement occupé de plis épiploïques adhérents à la séreuse gastrique. Après avoir ouvert la portion cardiaque de l'estomac, on remarque que la muqueuse est hypertrophiée en tous ses points. *L'espace sur lequel on a pratiqué la sténose est parfaitement perméable et dans la lumière viscérale avance en partie le lien de soie qui a coupé toute la paroi gastrique en plusieurs points*; la muqueuse et la musculaire sont remarquablement hypertrophiées. En observant bien le siège et le chemin parcouru par le lien depuis la séreuse jusqu'à la lumière viscérale dans laquelle il affleure, on remarque qu'il *a coupé la séreuse et la musculaire dans tout le contour, arrivant à la*

surface intérieure de la muqueuse même. Quelles sont les causes de cette progression du lien ? Randisi pense qu'il y a deux facteurs : d'un côté l'atrophie, qui sur la zone de la paroi gastrique comprimée produit le fil constricteur ; d'autre part, l'action des tuniques musculaires qui, dans les efforts pour combattre la sténose expérimentale, ou simplement par l'effet de la distension de l'estomac que le contenu gazeux ou liquide peut provoquer, viennent se couper contre la soie. Cette progression s'est faite lentement, donnant ainsi le temps aux tuniques qui venaient se déchirer contre la soie, d'adhérer entre elles tout le long de la ligne de la déchirure, sans cela on aurait eu sans doute une perforation de l'estomac rapidement mortelle.

EXPÉRIENCE IV. — Chien de taille moyenne, à robe claire, pesant 8 kilos. Chloronarcose. On se sert comme lien constricteur de la soie comme gastro-entérostomie à la façon du professeur Roux.

Résultat de l'autopsie. — L'animal sacrifié 3 jours après l'opération pour examiner l'état du point sténosé. A la surface extérieure de l'estomac, on voit nettement la dépression produite par le nœud. A la section des parois gastriques on remarque une tuméfaction considérable de la muqueuse et de la musculaire, spécialement autour de la sténose artificielle. Dans une section transversale on remarque que la musculaire et la muqueuse ont une tendance très nette à garder les caractères signalés dans la première autopsie. *La communication de l'estomac avec l'anse intestinale est perméable.*

III. *Conclusions.* — A la suite de ces expériences, Randisi, tout en admettant qu'elles ne sont pas assez nombreuses, conclue que l'opération du professeur Parlaavecchio atteint le but désiré. Nous avons réussi à exclure complètement le pylore moyennant la constriction cir-

culaire du lien et sans avoir pratiqué l'excision du professeur Eiselsberg. Le mécanisme de l'action du lien constricteur a été démontré par les résultats des autopsies et des examens histologiques. Dans la zone circulaire de la paroi gastrique comprimée, on remarque deux séries de phénomènes progressifs et régressifs parallèles : d'un côté, des phénomènes dégénératifs produits par la compression; de l'autre, des phénomènes de réparation produits par l'infiltration leucocytaire moyennant par laquelle les tissus sont détruits peu à peu et sont *remplacés par du tissu conjonctif cicatriciel*. En premier lieu, on remarque deux phénomènes : l'adhésion rapide de la séreuse limitant le lien, adhésion qui recouvre et enfonce le lien, même dans les premières quarante-huit heures, sur tout le pourtour étranglé; la dégénérescence rapide des éléments musculaires et glandulaire de ladite zone.

A mesure que la dégénérescence de la tunique musculaire fait des progrès, le tissu connectif jeune se substitue aux éléments musculaires qui disparaissent. Les tissus connectifs des parois gastriques comprimées résistent plus longtemps à l'action constrictive, mais finissent petit à petit par succomber jusqu'à former un anneau cicatriciel qui comprime les restes de la muqueuse et il est à même de maintenir l'exclusion désirée.

Le mécanisme des transformations que l'on rencontre dans la zone comprimée peut être influencé par un autre phénomène : la distension des parois gastriques produite par le contenu gazeux ou non de l'estomac et la force contractile de la tunique musculaire. Ce phénomène facilite l'action compressive exercée par le lien, parce qu'il a des tendances à couper contre le fil les tuniques déjà

compromises dans leur vitalité. Il est important de remarquer que le phénomène réparateur, c'est-à-dire les adhérences séro-séreuses et la transformation cicatricielle des tuniques comprimées se produisent en même temps et parallèlement à la destruction des éléments propres des tuniques, lesquels phénomènes nous garantissent contre les risques de perforation qui, probablement, existeraient si on serrait trop le lien ou si on se servait de liens élastiques,

Quelle sera l'avenir lointain de cet anneau cicatriciel ? De l'aveu même de Randisi, *ses expériences ne le démontrent pas, puisque les animaux ont été sacrifiés après un laps de temps relativement court*, et le seul qui avait été tenu en vie plus longtemps, par une malheureuse erreur n'a pas été autopsié.

Randisi donne ensuite ses conseils suivants de pathologie et de clinique. « Nous voyons, dit-il, deux hypothèses : 1° le lien, après avoir coupé toutes les parois, tombe dans la lumière gastrique; 1° le lien suffisamment large et assuré avec des points de suture, reste engainé dans l'anneau cicatriciel. Dans le premier cas, on pourrait craindre que, dans un temps plus ou moins long, puisse se rétablir la perméabilité du point étranglé. Dans le deuxième cas, cette crainte est inadmissible. Les expériences démontrent quel est le lien de choix, c'est-à-dire le ruban de coton qui est destiné à rester en place et à faire disparaître toute crainte d'une communication à travers le point artificiellement serré. Cette expérience nous dispense, dit-il, de prendre en considération la première hypothèse. Certainement, si nous voulions la discuter, nous aurions des arguments suffisants pour admet-

tre que, en cas de chute du lien, l'anneau cicatriciel serait désormais suffisant pour exclure le pylore; nous sommes encouragé à le croire par ce fait que les tissus cicatriciels ont toujours tendance à se retirer et serrer de plus en plus. D'autre part, les notions expérimentales et cliniques nous démontrent que le néopylore gastro-entérostomique reste d'autant plus ouvert qu'est plus complète la sténose du pylore normal. Eh bien, dans le cas que nous avons supposé, plus qu'une sténose nous aurons une vraie et propre obstruction, donc la plus favorable des conditions pour que le néopylore continue à fonctionner et pour que l'estomac n'ait pas de prétexte pour forcer une porte fermée quand il n'y en a déjà une ouverte et mise dans les plus favorables conditions de déclivité. »

Comme suite à ces considérations, Randisi se croit autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° Il est bien possible d'obtenir une complète et suffisante exclusion du pylore par l'application d'un lien circulaire selon la méthode du professeur Parlavecchio.

2° L'opération faite ainsi a autant de valeur que celle d'Eiselberg, sans en avoir la gravité, gravité qui fut la cause de son peu de succès jusqu'à présent, malgré les avantages indiscutables qu'elle présente sur la gastro-entérostomie simple.

3° L'exclusion du pylore, avec la nouvelle méthode expérimentée par Randisi n'est en rien plus grave qu'une simple gastro-entérostomie. Les indications de l'exclusion du pylore sont fournies par les cancers ulcérés inopérables et par les ulcères peptiques pyloriques et prépyloriques.

4° Dans ces cas, l'exclusion mérite d'être préférée à la simple gastro-entérostomie, surtout maintenant que nous sommes en possession d'une nouvelle méthode d'opération tout aussi avantageuse.

5° Pour la constriction circulaire de la région prépylorique, on doit préférer un ruban robuste et le fixer avec quelques points à la séreuse pour qu'il puisse toujours rester et ne tombe dans la cavité de l'estomac.

6° Sont à condamner comme occasionnant des risques de perforation les liens élastiques de soie, parce qu'ils disparaissent et sont éliminés avant que se forme un solide anneau cicatriciel.

7° Le lien doit être passé avec un clamp courbe à travers deux ouvertures avasculaires pratiquées dans le petit et dans le grand épiploon, et doit être serré suffisamment pour clore la lumière sans étrangler la circulation.

8° Le lien appliqué au début de l'opération peut être serré avant ou après que l'on a pratiqué la gastro-entérostomie.

9° Les meilleurs résultats sont donnés par la gastro-entérostomie à anse à la façon isopéristaltique suivant le procédé de von Hacker.

10° Les expériences ultérieures nous indiqueront les résultats lointains de cette opération sur les animaux.

CHAPITRE III

QUELLE MÉTHODE FAUT-IL CHOISIR ?

Il est bien certain que la méthode de Parlavecchio serait une méthode idéale si les choses se passaient toujours ainsi et si la pose d'un lien suffisait à former un anneau cicatriciel. Que de temps à autre cela se produise et que l'exclusion par ligature soit suffisante pour fermer le pylore, c'est bien certain. Tout récemment, Borszéky et Baron, élèves du professeur Riezcy, de Budapest, en ont rapporté des exemples. Dans un travail intéressant, ils rapportent 7 exclusions suivant la méthode classique et, trouvant l'opération un peu longue, ils ont essayé la ligature circulaire suivant la technique de Parlavecchio, et ils ont appliqué 5 fois ce procédé avec de très bons résultats. Chez deux de leurs malades, l'examen radioscopique, deux mois après l'exclusion, montra que rien ne passait par le duodénum et que tout le bismuth s'écoulait directement dans le jéjunum par la gastro-entérostomie. Mais on peut faire le reproche à ces observations de n'avoir pas été suivies plus longtemps. Il en est d'elles comme des expériences de Randisi et de Parlavecchio. Elles ne sont nullement probantes au point de vue de l'oblitération définitive du pylore; et cela est si vrai que

les auteurs font l'hypothèse que même si la ligature ne réalisait pas une exclusion définitive de la partie sous-jacente de l'estomac, du moins le rétrécissement consécutif à une stricture aussi marquée de l'estomac serait suffisante pour exclure l'ulcère pendant le temps nécessaire à sa cicatrisation. Cette hypothèse est elle-même contestable. Une observation récente, que nous citerons plus loin, nous permet de le dire.

Mais nous pensons surtout que les expériences de Randisi sont insuffisantes pour établir la réalité du mécanisme qu'il invoque.

Tout d'abord, et à priori, la chose paraît peu vraisemblable avec ce que l'on sait aujourd'hui du sort des ligatures placées sur les conduits de l'économie. Sur l'intestin, on sait qu'un lien passé progressivement dans la lumière intestinale, arrive à s'éliminer sans laisser grande trace de son passage. Il serait vraiment singulier qu'il en soit autrement sur l'estomac. Mais admettons-le. Ce ne sont pas les expériences de Randisi qui le prouveraient, parce que la durée de survie des animaux a été trop brève. Dans la première expérience, l'animal est sacrifié quarante jours après l'opération; dans la seconde, trente jours; dans la troisième, trente-cinq jours, et dans la quatrième, trois jours. Cela ne fait même pas les deux mois que nous avons rencontré dans les observations de Borszeky et de Baron.

Il est bien certain que dans la première expérience, au bout de quarante jours, l'autopsie montra l'imperméabilité de la sténose artificielle et une sorte de bourrelet

(1) *Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, tome LXXVII, fasc. 2, février 1912, p. 421 à 438.

de la muqueuse à son niveau, mais, par contre, dans la seconde expérience, il est noté que dans la portion pylorique il y a des traces d'aliments et que le point sténosé est perméable. De même, dans la troisième expérience, où il est dit ces mots textuels : « L'endroit sur lequel on a pratiqué la sténose est parfaitement perméable et, dans la lumière viscérale, fait saillie en certains endroits le lien de soie qui a coupé toute la paroi gastrique en plusieurs points. »

Il nous paraît un peu puéril d'expliquer ces différences de résultat par la nature du lien employé. Le coton, aussi bien que la soie, est capable de migrer lentement à l'intérieur de la cavité gastrique et nous nous refusons à penser que seul un cordonnet un peu large en coton soit capable de rester sur place en faisant une stricture définitive. C'est vraiment faire bon marché de la contraction intestinale. Quand on sait quelle est la force qu'un muscle lisse déploie pour lutter contre un obstacle, il paraît impossible qu'elle ne vienne pas à bout peu à peu d'une barrière aussi fragile, mise dans des conditions aussi précaires.

Au reste, l'observation suivante, qui a été le point de départ de ce travail nous permet de dire que, pratiquement, il en est bien ainsi, sinon dans tous les cas, du moins dans certains d'entre eux, et cela peut suffire, car la chirurgie gastrique et intestinale ne doit employer que des méthodes précises et ne pas se contenter d'approximations.

OBSERVATION (inédite).

Dilatation duodénale avec syndrome d'ulcère. Exclusion par la méthode de Parlaveccchio. Récidive rapide. Nouvelle exclusion par la méthode classique.

J. L., âgé de 37 ans vient dans le service de M. Poncet pour des douleurs épigastriques et des sensations de brûlure au niveau de l'estomac, survenant trois ou quatre heures après les repas.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement il a eu la syphilis à 19 ans et s'est soigné d'une façon insuffisante.

Depuis douze ans, ce malade présente des troubles digestifs, mais pendant de nombreuses années il n'eut qu'une sensation de plénitude gastrique après les repas. Ces malaises duraient une demi-heure; il prenait un peu de bicarbonate de soude et il était soulagé. Il n'a jamais vomi.

Depuis-un an, à la suite d'excès alcooliques très nets (quatre absinthes par jour et deux litres de bière), les douleurs apparaissent.

En effet, il n'avait plus comme par le passé une sensation de plénitude gastrique, mais de violentes douleurs lui donnant la sensation de brûlure.

La douleur était très vive et s'irradiait directement dans le dos jusqu'à la colonne vertébrale sur la ligne médiane. Ces douleurs survenaient tardivement après le repas environ trois ou quatre heures, duraient une demi-heure et se calmaient par une forte dose de bicarbonate de soude. Il raconte également que tous les matins à 11 heures il avait très faim et qu'à ce moment les douleurs étaient extrêmes, il prenait son repas à 11 heures 1/2 ou midi et les aliments le calmaient presque immédiatement. Jamais il n'a eu de vomissements alimentaires, jamais d'hématémèse, mais il aurait constaté du sang noirâtre en faible quantité dans ses matières.

Devant la persistance des douleurs il entre à l'hôpital, il y a six mois, dans le service de M. Devic qui fait le diagnostic d'ulcère duodénal et institue un traitement bismuthé qui améliore le malade assez rapidement. Peu après son départ de l'hôpital, tous les troubles reparaissent et le 29 décembre, sur les conseils du docteur Tisserand, de Besançon, le malade entre dans le service de M. Poncet pour se faire opérer.

A l'entrée, c'est un malade qui présente un bon état général, quoique étant un peu amaigri. L'examen des différents organes est négatif.

Au point de vue digestif, il a encore bon appétit et l'exploration de l'estomac n'est pas très instructive. On remarque simplement un peu de défense de la paroi abdominale à droite de la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

M. Leriche intervient le 3 janvier : l'estomac est sain ; il n'offre aucune induration, aucun épaissement, aucune bride péritonéale ; le duodénum apparaissant très dilaté, sans présenter de lésion, on le mobilise par décollement dans le plan embryologique, ce qui, comme toujours, fut d'une extrême simplicité.

Cette manœuvre permet une exploration très minutieuse en avant et en arrière de tout le duodénum ; elle ne révèle pas trace d'ulcère ; on ne voit aucune bride ; on ne sent aucune induration, mais tout le duodénum est dilaté jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal : cette dilatation lui donne les dimensions de trois travers de doigt, et tranche nettement avec le calibre de l'intestin grêle. On fait alors une gastro-entéro-anastomose transmésocolique au bouton de Jaboulay, puis une ligature très serrée du pylore de façon à exclure le duodénum.

Les suites opératoires furent très simples, et depuis ce moment le malade n'a jamais accusé la moindre douleur. Les fonctions digestives sont normales, et le malade se dit absolument guéri de ses phénomènes douloureux, tout en gardant un peu de pesanteur.

La radioscopie montre une évacuation très satisfaisante de l'estomac.

Elle est plutôt améliorée et le résultat immédiat est donc très satisfaisant.

Le 22 janvier, le malade très amélioré, est présenté à la Société nationale des médecins de Lyon, par MM. Leriche et Sigaux.

Dans le courant de février, récurrence complète de tous les maux : réapparition des douleurs deux à trois heures après les repas ; pesanteur, gêne ; le malade n'est bien que couché et le matin.

A l'examen radioscopique, M. Devic constate que plus rien ne passe par la bouche artificielle et que toute la masse bismuthée s'évacue par le pylore. Le lien a donc complètement disparu et n'a eu qu'un rôle temporaire. C'est évidemment à cela qu'est dû la récurrence.

Le malade réclame une intervention qui est pratiquée le 27 mars 1912.

Sous anesthésie, pantopon-éther, M. Leriche incise sur l'ancienne cicatrice, et avec quelques difficultés dans le ventre qui à ce niveau-là est cloisonné par des adhérences. Il y a autour de l'estomac une périgastrite intense, symphysant la région pyloro-duodénale au foie. A ce niveau, il est impossible de voir ce que le lien a pu faire. Au niveau de l'anastomose, il y a une zone indurée, peut-être est-ce un ulcère peptique de la bouche. On n'ose l'affirmer, mais c'est probable.

Non sans peine, on libère de ces adhérences, la région pylorique qui est coupée entre deux grandes pinces, chaque tranche est fermée à trois plans. Cette intervention est très difficile et s'accompagne d'une hémorragie si considérable que, contrairement à son habitude, M. Leriche est obligé de laisser un drain et une mèche du côté des deux moignons soigneusement occlus et entre lesquels on a ramené l'épiploon, pour protéger les sutures.

On termine en faisant une nouvelle gastro-entérotomie

au bouton à côté de l'autre. Suture incomplète de la paroi à trois plans.

Les suites de cette opération longue et difficile ont été très simples. La mèche a été enlevée le troisième jour et le drain progressivement raccourci. En huit jours, tout drainage est supprimé.

Le 20 avril, la cicatrisation est complète et la guérison opératoire obtenue.

Le malade, qui souffre encore un peu, part en convalescence.

A la date du 30 mai, à l'*examen radioscopique*, on voit que l'évacuation gastrique est très satisfaisante, presque accélérée. Au bout de deux heures et demie, l'estomac est complètement vidé.

Amélioration considérable du malade.

En somme, dans cette observation, on voit que l'exclusion par le procédé de Parlavecchio a été absolument insuffisant pour assurer un résultat durable, après avoir donné un succès immédiat *très brillant*. L'intervention itérative a été très pénible et cet insuccès suffit à en condamner l'emploi.

Il n'est pas douteux, d'après les résultats de la radioscopie, que la méthode de Parlavecchio n'ait été insuffisante dans ce cas et c'est en nous basant sur cette observation que nous concluons qu'elle doit être habituellement rejetée.

CONCLUSIONS

I. — Etant donnée l'importance de l'exclusion dans la thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac, et surtout de l'ulcère du duodénum, il est très important d'être fixé sur la meilleure manière de la réaliser.

II. — La méthode préconisée par Parlavecchio et défendue par son élève Randisi, est certainement le procédé le plus simple pour la réaliser; mais elle n'est qu'approximative, ne garantit pas le résultat à longue échéance et, à cause de cela, doit être rejetée.

III. — L'exclusion doit être pratiquée par section complète de l'estomac et suture méthodique des deux bouts; cela complique évidemment un peu la technique de la gastro-entérostomie, mais la chirurgie gastrique est aujourd'hui assez bien réglée pour qu'un chirurgien habitué à la chirurgie intestinale puisse la pratiquer sans hésitation.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu :
Le Président de la thèse,
A. POLLOSSON.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 5 juin 1912.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

DOYEN. — Chirurgie du pylore. VII^e Congrès de chirurgie, 1892, p. 409.

VON EISELSBERG. — Zur Ausschaltung inoperablen Pylorusstriktung.
Archiv für klinische Chirurgie, 1895, p. 919.

CHAUVEL. — L'exclusion du pylore. Thèse de Paris, 1898.

MAYO. — Duodenal ulcer. *Annals of Surgery*, 1904, n^o 6, p. 900.

AMZU JIANU. — Traitement de l'ulcère de l'estomac. Thèse de Bucarest, 1907.

PARLAVECCHIO. — Nuovo metodo per l'esclusione del piloro. *Policlinico sez. prat.*, XVII, 1910.

RANDISI. — L'esclusione del piloro. *La Clinica chirurgica*, 31 décembre 1910, p. 2333.

VAUTRIN. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. *Archives générales de chirurgie*, 25 août 1910.

VON EISELSBERG, KATZENSTEIN, WILMS. — LI^e Congrès de chirurgie allemand. In *La Presse médicale*, 11 mai 1912.

LERICHE ET BRESSOT. — L'exclusion du pylore. *Lyon chirurgical*, octobre 1911, p. 413.

*
* *

Pendant que ce travail était à l'impression a paru un très remarquable article de VAUTRIN dans la *Revue de Chirurgie*, mai 1912, défendant des idées semblables aux nôtres.

